12

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1885 — N° 351

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 Juillet 1885, à 1 heure.

PAR ÉDOUARD NOTIN,

Né à Lanocle (Nièvre), le 2 janvier 1861.

ETUDE

SUR

LES PAPILLOMES SIMPLES

Président : M. FOURNIER, *professeur.*

Juges : MM. { BAILLON, *professeur,* STRAUS, JOFFROY, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1885

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	N.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). JACCOUD. HARDY. POTAIN
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN

Professeurs honoraires : MM. GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	RICHELOT.
BUDIN.	HANOT.	POUCHET.	Ch. RICHET.
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert).
CHARPENTIER.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
GARIEL.	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.
	LANDOUZY.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

ETUDE

SUR

LES PAPILLOMES SIMPLES

INTRODUCTION.

Nous avons pris comme sujet de notre thèse inaugurale l'étude d'une affection cutanée qui se range dans la catégorie des lésions hypertrophiques connues sous le nom de papillomes. Désignée par les différents noms de papillome corné, simple, en plaque, arborescent, granité, elle est constituée essentiellement par l'hypertrophie des éléments papillaires de la peau et des couches épidermiques qui les recouvrent.

Quoique bien moins commune que la verrue, cette affection est cependant assez fréquente et il ne se passe point d'année où l'on ne puisse en observer plusieurs cas, particulièrement à l'hôpital Saint-Louis ; elle est cependant mal connue, et malgré les nombreuses recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livré, nous n'en avons trouvé nulle part une description complète. Les

verrues, les cornes, les condylomes surtout ont été étudiés avec quelques développements, ont fourni le sujet de plusieurs thèses, mais le papillome simple a été complètement négligé ; quelques auteurs modernes : Duhring, Kaposi, le Dr Besnier signalent son existence, mais sans insister davantage ; dans la plupart des ouvrages il n'en est même point fait mention.

Nous avons cru que, malgré son importance relativement peu considérable, cette affection méritait d'être décrite et que son étude pouvait offrir quelque intérêt et quelque utilité.

Nous regrettons de n'avoir pu rassembler un plus grand nombre d'observations ; aussi est-ce surtout à l'aide des renseignements recueillis dans les différents services de l'hôpital Saint-Louis, et grâce aux nombreux et remarquables moulages déposés au musée de cet hôpital, que nous avons pu mener à bonne fin la tâche que nous avions entreprise.

Malgré sa bénignité, le papillome simple peut, par son développement continu et sa curabilité difficile, causer quelques inquiétudes aux individus qui en sont atteints. Après avoir rassuré le malade par un pronostic exact, le médecin devra instituer un traitement sûr, qui sera dirigé avec soin : nous avons donc consacré un chapitre important à l'exposition des moyens thérapeutiques qui assurent les meilleurs résultats.

Nous nous sommes efforcé de rendre aussi complet que possible ce modeste travail ; nous nous estimerons trop heureux s'il obtient l'approbation de nos juges.

Que M. le Dr Balzer, qui nous a donné le sujet de cette

étude et nous a aidé de ses excellents conseils, reçoive ici nos sincères remerciements.

M. le professeur Fournier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions d'agréer l'expression de notre vive gratitude.

APERÇU GÉNÉRAL SUR LES PAPILLOMES.

Si l'on considère les nombreuses affections que les auteurs ont rangées dans la classe des papillomes, on s'aper cevra bien vite qu'ils ont défini et décrit sous ce nom des lésions qui diffèrent, tant au point de vue de leur nature et de leur structure que de leurs caractères, de leur marche de leur évolution et de leur pronostic.

C'est ainsi qu'on trouvera, sous cette même dénomination, l'étude de productions papillaires ne présentant aucun danger et celle de productions épithéliales dont les caractères de malignité sont très nets; l'étude de la véritable et simple hypertrophie papillaire et celle de certaines formes de dégénérescence subie dans leur évolution par les affections cutanées de longue durée; enfin les opinions émises sur la nature intime du papillome ont varié avec les différents auteurs.

D'ailleurs, il faut arriver à des travaux relativement récents pour trouver sur les papillomes des notions exactes; les progrès de l'histologie normale et pathologique de la peau ayant permis de décrire ces tumeurs d'une façon générale et de les rapprocher dans un même cadre, grâce à leurs rapports et à leurs points de similitude.

Virchow, dans son Traité des tumeurs, s'étend longuement sur ce sujet. En étudiant l'histologie de ces tumeurs, il fait remarquer qu'elles peuvent se développer sur des surfaces où il ne se rencontre pas de papilles normales préexis-

tantes. Un papillome peut se former là où il n'y a pas de papilles, tandis qu'au contraire il se trouvera rarement là où elles sont très nombreuses et très développées comme dans l'intestin. Pour que cette production prenne naissance, il suffit qu'il y ait du tissu connectif : c'est lui qui prolifère, devient saillant et surmonte le tissu sain sous forme d'une petite masse arrondie ou aplatie dans laquelle les vaisseaux deviennent procidents, se dilatent et s'allongent. D'après l'auteur, ces tumeurs n'ont point droit à un nom spécial, ne doivent point constituer une classe particulière ; quels que soient leur siège, leur revêtement épithélial, ce ne sont que des tumeurs fibreuses prenant l'aspect verruqueux, des fibromes papillaires. Nous verrons au contraire que le papillome est une espèce morbide bien définie, anatomiquement et cliniquement.

Les auteurs allemands ont décrit différentes lésions s'accompagnant de végétations qui tantôt sont syphilitiques : *papilloma arca elevatum* de Beigel et Bergh ; tantôt sont des inflammations du derme avec abcès intra-papillaires : papillome inflammatoire (C. Weil) qu'on pourrait rapprocher de la dermatite papillomateuse de Kaposi, qui se caractérise par des végétations saillantes avec croûtes et sécrétions séro-sanguinolentes siégeant au cuir chevelu, où les poils eux-mêmes sont malades ; il y a là autre chose qu'une simple hypertrophie papillaire.

Un auteur anglais, W. Hardaway, a fait paraître en 1880 une étude sur les différentes affections désignées sous le nom de papillomes. D'après lui, cette dénomination devrait être enlevée aux verrues et cornes, au papillome ulcéreux, au frambœsia (affectiou exotique) et à cette série d'affections

à aspect verruqueux dites papillomes symptomatiques; il faut réserver ce terme pour le papillome névropathique, caractérisé par des excroissances papillaires plus ou moins pigmentées et limitées strictement à un seul côté du corps et suivant la distribution des nerfs cutanés ; le papillome local idiopathique caractérisé par l'inflammation chronique du derme avec prolifération du tissu conjonctif et enfin le papillome idiopathique généralisé, qui est une véritable éruption d'excroissances fongueuses sur tout le corps.

Ces affections, pour lesquelles l'auteur voudrait réserver le nom de papillome, nous semblent justement être celles qui offrent à un moindre degré les signes distinctifs du véritable papillome.

On peut juger d'après cela sous quelle diversité d'aspects a été envisagée et étudiée cette catégorie d'affections cutanées.

Quant à nous, prenant comme base la définition qu'en ont donnée MM. Cornil et Ranvier dans leur Traité d'histo logie, nous nous servirons du nom de papillome pour désigner spécialement des productions hypertrophiques développées, sous l'influence de causes spéciales, sur une membrane revêtue d'épithélium ; constituées essentiellement par des papilles dont le corps, formé de tissu conjonctif, sert de charpente et de soutien aux anses vasculaires qui les parcourent. Leur revêtement doit être formé de cellules épithéliales de même nature que celles qui recouvrent les tissus circonvoisins et affectant dans leurs différentes couches une disposition semblable à celle que l'on rencontre sur les papilles normales. Enfin ces hypertrophies doivent prendre naissance dans les éléments d'un

tissu sain et non dans ceux qu'une lésion préexistante aurait pu modifier.

Cette dernière condition exclut complètement du rang des papillomes les tumeurs et affections végétantes qu'on y avait introduites.

L'eczéma vieilli, le lichen dégénéré, le lupus dont le processus dure depuis longtemps, d'autres affections cutanées chroniques produisent sur les tissus une irritation subaiguë et soutenue avec œdème inflammatoire qui, à la longue, se traduit par l'hypertrophie des éléments de la peau ; de là ces surfaces végétantes, couvertes de papilles molles, vasculaires, saignantes mais qui ne présentent pas les caractères permettant, par leur ensemble, de les classer parmi les véritables hypertrophies papillaires.

Ce sera donc aux affections suivantes, qui remplissent les conditions que nous avons énumérées plus haut, que nous attribuerons le nom de Papillomes ; suivant qu'elles se développent sur une membrane revêtue d'un épithélium corné ou sur une muqueuse, on les a divisées en P. cornés et P. muqueux.

Nous rangerons parmi les premiers, qui nous intéressent surtout :

Le papillome proprement dit, tumeur en plaque, peu saillante, constituée par l'hypertrophie de la région papillaire, généralement diffuse et mal circonscrite, supportée par une base inflammatoire.

La verrue commune, excroissance d'une consistance ordinairement ferme, tantôt pédiculée, tantôt sessile, contenant une ou plusieurs papilles revêtues d'une couche épidermique épaissie.

Les cornes, formées d'une substance analogue à celle de l'ongle, se continuant directement avec la couche cornée de la peau et ayant comme noyau central un certain nombre de papilles hypertrophiées.

Le tubercule anatomique, accident local produit par l'irritation des liquides cadavériques, constitué par l'hypertrophie inflammatoire des papilles de la peau, s'accompagnant fréquemment d'un état général grave.

La verrue plane, fréquente chez les vieillards, siégeant surtout au tronc, où elle apparaît sous la forme de petites taches noirâtres ne dépassant que très légèrement le niveau de la peau.

Le clou de Biskra, affection endémique à marche périodique et régulière, avec hypertrophie papillaire s'accompagnant d'ulcération.

Enfin les végétations syphilitiques et non syphilitiques, de nature le plus souvent spécifique, procédant du bourgeonnement d'une papille et de l'hyperplasie du tissu conjonctif ; elles représentent les papillomes muqueux du type malpighien.

Nous citons seulement les papillomes à revêtement cylindrique : estomac, intestin, col utérin, trachée, et les papillomes du type endothélial : séreuses variées.

Enfin, en se basant sur le caractère infectieux que présentent certains de ces papillomes, on peut les diviser en infectieux et non infectieux ; cette dernière variété comprendra : les cornes, les verrues planes ou papillomes sessiles, les papillomes proprement dits ; dans la première se rangent : les végétations syphilitiques et non syphilitiques ; le tubercule anatomique produit par l'irritation des

liquides cadavériques, on a trouvé dans le derme au début de la lésion des micrococcus et diplococcus, des microbes en chaînette ; le clou de Biskra, M. E. Duclaux y a trouvé un micrococcus de moins de 1 millième de millimètre qu'il a pu cultiver ; le liquide de culture injecté à des cobayes a produit chez eux des poussées de clous contenant ce même micrococcus.

On sait qu'on a attribué au sang s'écoulant d'une verrue la propriété d'en développer de nouvelles, et récemment on a décrit pour ce papillome un coccus infectieux qui permet de le faire entrer dans cette dernière classe.

Après cette étude générale des papillomes, nous allons passer à la description spéciale du papillome simple en plaque.

ÉTIOLOGIE

Comme celle d'un grand nombre d'affections cutanées, l'étiologie du papillome corné est obscure; les causes qui le produisent sont mal connues, difficiles à déterminer exactement. Le développement de certaines hypertrophies papillaires est lié à des irritations, à des actions spéciales bien étudiées; mais si l'on sait que les végétations vénériennes procèdent d'une cause irritative virulente, que le tubercule anatomique est dû à une cause irritative septique, pour les autres papillomes on manque de données aussi exactes, et les motifs qu'on a invoqués et auxquels on a attribué leur développement sont souvent fort discutables; leur grand nombre prouve seulement combien nous connaissons peu les causes qui président à la formation de ces hypertrophies. Nous rechercherons si parmi les raisons mises en avant pour expliquer la production des papillomes, il en est quelques-unes qui aient une influence manifeste, et jusqu'à quel point on doit en tenir compte.

L'irritation habituelle de la peau paraît avoir une réelle influence; elle semble surtout se manifester pour les papillomes qui siègent à la main, partie du corps surtout exposée aux causes irritantes et en même temps siège d'élection du papillome.

Trop vive, l'irritation produirait plutôt une inflammation aiguë et la suppuration; prolongée et de médiocre intensité, elle amène une suractivité vitale dans les éléments consti-

tutifs de la peau, se manifestant par l'hypertrophie papillaire, par l'épaississement des couches épidermiques. Cette irritation est le fait d'agents de diverses natures. On a trouvé le papillome chez des individus maniant des corps durs, se livrant à des professions qui exposent les mains à des contusions répétées, à des pressions, à des contacts plus ou moins énergiques et prolongés. Les ouvriers qui emploient de lourds outils sont sujets à des callosités bien connues, on peut en même temps rencontrer chez eux des plaques papillomateuses. La manipulation de certaines matières : acides, ciment, donnent lieu à des éruptions eczémateuses caractéristiques; ces mêmes irritations agissant sur le corps papillaire peuvent en amener l'hypertrophie. On peut aussi mettre en ligne de compte, mais avec moins de probabilité, l'absence des soins de propreté, les variations brusques de l'atmosphère et des divers milieux auxquels sont exposées les mains.

On a émis l'opinion que le papillome granité atteignait surtout les garçons marchands de vins, les limonadiers, les tonneliers ; il y aurait là comme une cause professionnelle ; nous ne croyons point devoir attribuer une trop grande importance à cette remarque.

Nous avons pu relever les professions de quelques individus atteints de papillomes, telles que celles de : charpentier, cultivateurs, garçon de café, maçon, peintre, homme de peine, sergent de ville, cordonnier, cuisinière ; on voit qu'elles sont très diverses et que le papillome ne semble point affecter les unes de préférence aux autres. Le plus jeune de ces malades avait 35 ans, le plus âgé 68 ans.

Si l'irritation, quelle que soit sa nature, joue un rôle très

important dans la majorité des cas, on ne saurait cependant toujours l'invoquer comme cause productrice; tantôt, en effet, elle manque; tantôt le point atteint n'est point exposé aux contacts irritants : la face, par exemple. Tandis que certaines personnes ont facilement des papillomes, d'autres, au contraire, quoique soumises aux mêmes conditions irritantes, en sont toujours exemptes. Il faut donc admettre une prédisposition spéciale. Le Dr Diday, ayant fait des recherches sur les individus atteints de végétations, avait remarqué que dans nombre de cas ils avaient été auparavant porteurs de verrues parfois très nombreuses; il en avait conclu à une sorte de diathèse papillomateuse ou de prédisposition native, caractérisée chez ces individus par une tendance à l'hypertrophie du système papillaire; hypertrophie dont la localisation peut être déterminée par des causes irritantes externes. C'est à cette prédisposition qu'on a donné le nom de sycose.

On a fait remarquer que les cicatrices laissées par des affections cutanées guéries, par des applications thérapeutiques : cautères, exutoires, pouvaient devenir le siège de papillomes; il est évident que dans ces cas l'hypertrophie papillaire a tendance à se développer sur un terrain déjà malade, non normal.

Nous dirons donc que le papillome se rencontre surtout chez les individus exposés à des contacts irritants; il faut toutefois tenir compte d'une prédisposition spéciale. Tandis que les verrues sont plus fréquentes dans la jeunesse et l'enfance, c'est chez les adultes qu'on trouvera le papillome, chez les hommes bien plus que chez les femmes.

Aucun fait ne peut faire supposer que cette affection soit infectieuse.

Un mauvais état général semblerait assez souvent prédisposer au papillome; certains auteurs s'étaient même basés sur cette remarque pour faire du papillome une sorte de lupus. Mais s'il existe un lupus papillomateux, il faut bien savoir qu'il n'y a là qu'une apparence particulière revêtue par une lésion, et qu'il n'y a aucun rapport entre le papillome simple vrai, et les hypertrophies papillaires développées sur une peau atteinte de tuberculose.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'étude anatomo-pathologique du papillome n'offre aucune difficulté : les lésions que l'on peut constater aisément sont très simples et en même temps très nettes, elles permettent de résumer en quelques mots la nature du mal ; c'est une hypertrophie avec hyperplasie des papilles du derme et de la couche épidermique qui les recouvre.

En examinant au microscope des coupes colorées au picrocarminate d'ammoniaque, pratiquées sur une tumeur de ce genre durcie dans l'alcool, on retrouvera sans peine les différentes couches qui constituent normalement le tégument externe avec les modifications qu'elles ont subies sous l'influence du processus inflammatoire et irritatif.

La base de la tumeur, avons-nous dit, est souvent tuméfiée, elle présente une coloration violette ou rouge lie de vin; on trouve, en effet, à ce niveau, dans le derme, les caractères de l'inflammation simple; les capillaires dilatés renferment un nombre plus considérable de globules sanguins avec quelques globules blancs; dans le voisinage des vaisseaux, au milieu des éléments lamineux, sont infiltrées des cellules embryonnaires plus ou moins abondantes, jeunes, gonflées, arrondies ou ramifiées. Lorsque la tumeur existe depuis longtemps, la base qui la supporte s'indure, se tuméfie; on y rencontre alors un tissu fibro-scléreux.

Ce ne sont là que de simples lésions inflammatoires de voisinage; celles du corps papillaire sont plus considérables

et plus intéressantes. Les papilles ne présentent plus leurs dimensions normales, elles ont doublé et triplé de volume, elles se sont développées dans tous les sens : les unes s'allongent, deviennent filiformes, effilées; les autres se dédoublent, se ramifient, s'arrondissent, forment une petite masse lobulée, constituée par les papilles secondaires qui viennent compliquer la papille primitive. L'arrangement, la disposition qu'elles affectent entre elles peut offrir de très grandes variétés. Les dépressions qui séparent les papilles sont plus ou moins profondes, plus ou moins étendues selon leur degré de confluence : confluence qui peut être telle qu'elles se serrent, s'aplatissent réciproquement, formant ainsi de petits îlots compacts dont la surface sera plane ou hérissée d'aspérités suivant que les papilles seront confluentes sur toute leur longueur ou bien demeureront libres à leur sommet.

La charpente de la papille est formée de tissu connectif servant de support aux petits vaisseaux qui viennent s'y terminer en anses simples ou ramifiées. Les faisceaux connectifs sont gonflés, les cellules qu'ils entourent prolifèrent; les nouvelles cellules auxquelles elles donnent naissance affectent les formes les plus variées; on trouve également des noyaux et des cellules embryonnaires nombreuses, le tout au milieu d'une substance amorphe avec de minces fibrilles élastiques.

Les papilles sont très vasculaires; sur une coupe horizontale on aperçoit plusieurs petits disques centraux qui ne sont autre chose que la section des vaisseaux. Normalement, après avoir quitté les artérioles du derme, les capillaires parcourent le corps de la papille de haut en bas, en for-

mant à son sommet une ou deux anses contournées, ondulées ; dans le papillome, ils sont plus nombreux, plus flexueux ; les circuits, les replis qu'ils décrivent les font paraître plus longs. Par leurs anastomoses, leurs ramifications, les anses secondaires qu'ils constituent, ils arrivent à occuper la majeure partie de la papille ; ils s'y étagent en plusieurs rangées. Ils sont dilatés et présentent de petites ampoules, surtout à leur sommet ; leurs parois amincies, la grande quantité de sang qui les gorge, expliquent facilement les hémorrhagies, légères il est vrai, dont ils sont le siège. La circulation s'y fait lentement, la pression y est plus forte, point important puisque l'appareil sanguin papillaire est l'origine de toutes les hyperhémies et inflammations de la peau.

En s'éloignant du centre de la tumeur, on trouve les papilles offrant des lésions de même nature mais d'intensité moindre.

La couche épidermique qui forme, à la surface du papillome, une croûte plus ou moins épaisse, présente surtout des lésions d'hypernutrition. L'épiderme forme des sortes de petits cônes, de petites voûtes qui emboîtent chaque papille ou groupe papillaire à la façon d'un étui ; cet étui descend plus ou moins profondément, mais il s'arrête toujours vers le niveau des papilles normales ; dans l'épithéliome, au contraire, il y a envahissement par l'épiderme des couches du derme sous-jacentes et formation de lobules caractéristiques. MM. Cornil et Ranvier ont fait remarquer que, dans une section oblique du papillome, les espaces interpapillaires ainsi coupés obliquement à leur base, ressemblent, à s'y méprendre, à des lobules d'épithéliome. On

conçoit par là quels soins il faudra apporter à l'examen histologique de telles tumeurs dans les cas de diagnostic douteux.

Les différentes couches épidermiques qui restent facilement reconnaissables sont toutes augmentées de volume; cette augmentation d'épaisseur est surtout appréciable pour le corps muqueux dont les cellules à noyau volumineux prolifèrent avec une rapidité considérable.

D'après Rindfleisch, au sommet de la papille, la limite entre le tissu conjonctif et la couche épithéliale devient très diffuse; il y a là en effet une accumulation de cellules embryonnaires qui, vers l'extérieur, se transforment en épithélium, en tissu conjonctif vers l'intérieur. Dans un même ordre d'idées, Pagenstecker et Biesiadecki avaient émis l'opinion que dans les cas d'inflammation papillaire, il se faisait dans les corps muqueux un passage de cellules rondes et fusiformes qu'ils nommaient cellules migratrices et qui servaient à l'accroissement des couches épidermiques.

Quel que soit le mode suivant lequel se fait l'hypernutrition cellulaire, elle est considérable : la couche muqueuse est en contact avec un tissu, siège d'une congestion intense, dont les vaisseaux fournissent un puissant apport d'éléments nutritifs; sa vitalité déjà si grande augmente encore et se manifeste par des modifications plus considérables et une évolution plus active.

Dans le corps muqueux on remarque, sous forme de gouttelettes, de petites flaques réfringentes, à contours irréguliers, une matière spéciale, semblable d'aspect à l'huile essentielle, se colorant vivement par le picrocarminate, on lui a donné le nom d'éléidine. Moins abondante dans les cou-

ches plus superficielles où elle se présente en amas irréguliers, elle disparaît complètement dans la couche cornée. Elle paraît jouer un rôle important dans l'évolution des cellules épidermiques, elle est surtout abondante lorsqu'il y a inflammation du corps papillaire; aussi, dans le papillome, la trouve-t-on en grande quantité, abondance en rapport avec la double lésion des papilles et de l'épiderme.

La couche cornée de l'épiderme, le stratum lucidum et le stratum granulosum ne présentent rien de remarquable que leur épaississement parfois considérable; il varie avec les régions où l'on observe le papillome suivant que l'épiderme à l'état normal est fin ou déjà épais.

Les cellules muqueuses transformées, desséchées, aplaties, ayant perdu leur noyau, se tassent pour former ces croûtes sèches, parfois suintantes, qui recouvrent la surface de la tumeur développée depuis quelque temps.

Les poils ont disparu à la surface du papillome; dans la coupe on peut en retrouver quelques traces : les affections cutanées, en effet, ou bien augmentent la production des poils ou bien la diminuent; dans le papillome, le bulbe pileux est comprimé, étouffé et le poil arrêté dans son développement.

Les glandes ne sont point atteintes, mais la sécrétion épidermique peut être assez considérable pour obstruer les canaux excréteurs.

Les papillomes peuvent être doués d'une sensibilité assez vive : à leur base, on trouve des filets nerveux bien développés; mais, à notre connaissance, ils ne contiennent point de corpuscules du tact.

Toutes ces lésions peuvent s'observer à des degrés plus ou moins marqués; elles varient avec l'âge, le siège, le développement du papillome.

SYMPTOMES ET DESCRIPTION.

L'aspect sous lequel se présente le papillome simple varie non seulement suivant la région sur laquelle il a pris naissance, mais encore suivant la période plus ou moins avancée de développement qu'il a pu atteindre. Au début, en effet, il ne manifeste son existence par aucun phénomène saillant; le malade porte en un point de la main une petite excroissance dont il s'aperçoit à peine, à laquelle il ne porte aucune attention, surtout s'il néglige quelque peu les soins de propreté; d'autres excroissances viennent bientôt compliquer la première, elles apparaissent à côté ou à quelque distance; l'épiderme s'épaissit légèrement; il se forme de petites croûtelles que le malade enlève; lorsque les papilles hypertrophiées sont devenues plus nombreuses, commencent à former un placard, le derme qui les supporte s'enflamme, la base de la tumeur prend une couleur rouge lie de vin; ce processus inflammatoire qui, dans d'autres papillomes, ne se produit que sous l'influence de chocs, de contusions, d'excitations violentes, est au contraire la règle dans le papillome simple.

Les papillomes cornés sont, en général, tenaces; mais, tandis que certains d'entre eux disparaissent spontanément, les verrues par exemple, disparition que Lebert attribuait à la tendance qu'elles présentent à l'étranglement, au nombre restreint et à la petitesse des vaisseaux qu'elles renferment, le papillome simple, soit par persistance de la cause, soit

par une propriété particulière du tissu, une sorte de vitalité spéciale dont il est doué, tend à croître, à végéter, à s'étendre, à augmenter sans cesse. Que sa marche soit rapide ou bien lente et à peine sensible, ses progrès n'en sont pas moins sûrs et, dans nombre de cas, il arrive un moment où la tumeur acquiert, si un traitement énergique n'y met bon ordre, un développement considérable. C'est alors que le papillome devient, pour celui qui en est porteur, une cause de gêne, d'ennuis, de souffrance. L'aspect du papillome est tout autre qu'au début : il présente une surface croûteuse, souvent fort épaisse, de couleur grise ou noirâtre, fendillée, divisée par des sillons plus ou moins larges, plus ou moins profonds, mettant le derme à nu, en une série de compartiments donnant l'apparence d'une mosaïque à l'ensemble de la tumeur; les croûtes sont parfois moins abondantes et l'on voit de petits cônes, de petites pointes sèches et âpres, rangés en séries irrégulières plus ou moins rapprochées sur une surface rouge, enflammée, qui peut être de niveau avec la peau environnante, mais généralement plus élevée ou bien comme excavée au centre avec des bords quelque peu saillants. D'autres fois, les papilles hypertrophiées et la peau épaissie forment des sortes de bourrelets; les tumeurs n'ayant pas de limites précises sont entourées de traînées, d'un semis de papilles s'espaçant de plus en plus et plus légèrement atteintes.

L'abondance et la friabilité des vaisseaux qu'il contient font que le papillome est assez fréquemment le siège d'hémorrhagies déterminées par des contusions qui, pour être légères, n'en sont pas moins désagréables pour le patient; le derme mis à nu par les crevasses fournit en outre un li-

quide roussâtre qui imbibe les couches épidermiques, se dessèche à leur surface et donne à la tumeur un aspect repoussant.

Le papillome est, le plus souvent, entouré d'une zone inflammatoire gonflée, donnant une sensation d'empâtement, d'œdème, qui se perd peu à peu dans le tissu sain circonvoisin ; à la longue elle devient résistante, scléreuse.

Peu sensible d'ordinaire, il devient douloureux lorsqu'un froissement considérable, une pression longtemps continuée, la pénétration de liquides irritants dans les sillons de l'épiderme, agissent sur le derme qui supporte le papillome et dont la sensibilité est très développée et même exaltée. Par les temps humides, les papillomes simples seraient le siège de douleurs spontanées assez aiguës, analogues à celles que, pour les verrues, on a comparées à des morsures de fourmis ou à des piqûres d'aiguille et que l'on peut attribuer au gonflement subi par la masse épidermique sous l'influence de l'humidité.

Siège. — La localisation des papillomes à tels ou tels points du corps joue, au point de vue des symptômes, un rôle important, tant à cause de la structure et de la disposition des tissus que de la façon dont agissent sur eux les causes irritantes extérieures.

Il est possible d'observer le papillome simple sur toutes les régions du corps, mais c'est à la main qu'on le trouve le plus fréquemment : sur 18 cas (observations et moulages) que nous avons pu étudier, 15 avaient leur siège à la main, 2 à la tête et un seul au tronc au niveau de la région fessière et périanale.

Examinons comment il se distribue à son siège de prédi-

lection. Tandis que l'on trouve assez souvent des verrues communes à la paume de la main et à la face palmaire des premières phalanges, nous n'avons pu rencontrer un seul cas de papillome simple développé à ce niveau ; on l'observe quelquefois à la face dorsale du poignet ; à la pulpe digitale et au pourtour de l'ongle, il est plus fréquent ; mais, où il se localise surtout, c'est au niveau des têtes articulaires des os des phalanges et du métacarpe, des plis nombreux qui sillonnent la peau recouvrant leurs articulations.

En ces points, les pressions, les chocs sont plus fréquents et plus sensibles ; le tégument plissé est plus lâche, plus épais, forme des petits bourrelets limités par les sillons. Quoi qu'il en soit, c'est presque toujours en un de ces points que débute le papillome ; de là il rayonne et s'étend ; l'hypertrophie papillaire gagne de proche en proche, ou bien de nouveaux foyers se forment à distance en des régions analogues ; plus tard ils se réunissent et forment une masse unique ou bien ils continuent à former des placards isolés que peuvent relier entre eux des traînées papillomateuses.

L'étendue de ces placards, leur forme, les dispositions qu'elles affectent sont encore très variables ; l'examen des pièces moulées du musée de l'hôpital Saint-Louis nous permettent de nous en rendre parfaitement compte et c'est en nous appuyant sur elles que nous essayerons de décrire ces différents caractères.

Dans la région du poignet, l'affection est rare ; comme dans la pièce classée sous le n° 428, elle peut se présenter sous l'aspect d'une tuméfaction à contours irréguliers, indécis, de forme oblongue, s'étendant surtout sur la partie interne ; sa surface de couleur rougeâtre avec des points

plus enflammés est mamelonnée avec des croûtelles rares et grisâtres peu épaisses.

Nous citerons ensuite deux papillomes siégeant au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce ; dans l'un (n° 55) la tumeur, de la dimension d'une pièce de un franc environ, est ovalaire, faisant peu de saillie ; elle est de couleur rouge sombre à surface irrégulière, parsemée de petites élevures ; dans l'autre (n° 96) la plaque papillomateuse oblongue, s'allongeant sur la phalange et le métacarpien, est déprimée au centre avec des bords surélevés ; elle est rouge, enflammée; les papilles qui la recouvrent sont en général peu confluentes ; elles forment de petites aspérités, de petites masses arrondies, perlées, recouvertes de minces écailles épidermiques ; la surface a un aspect cicatriciel.

Si le papillome se localise aux doigts, il forme des placards qui recouvrent la peau de façons très irrégulières et très variées ; la croûte épidermique est encore très épaisse et revêt souvent un aspect spécial qu'on a qualifié de granité.

La lésion représentée par la pièce n° 7 occupe la face dorsale du doigt indicateur gauche ; elle s'est développée au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange ; elle a environ 3 centimètres de long ; elle recouvre environ toute la région sillonnée par les plis articulaires et une partie des faces latérales du doigt ; la surface est irrégulière, divisée par des sillons en plusieurs bourrelets, surmontés de croûtes jaunâtres ; les téguments sont épaissis et forment à la tumeur une base tuméfiée et enflammée.

D'autres fois le même sujet porte plusieurs placards, et

il peut arriver que tout le tégument soit gonflé, œdématié, épaissi ; sur le doigt représenté au n° 414, les lésions ont un premier foyer à la pulpe, autour de l'ongle, sur les bords, de sorte que la dernière phalange est presque entièrement recouverte de petites élévations arrondies ou coniques plus ou moins confluentes, séparées par de légères dépressions ; l'extrémité digitale acquiert par là une forme en massue ; à la face dorsale, un autre foyer existe au niveau de l'articulation de la première et de la seconde phalange ; au lieu de plis la peau n'offre plus que des bourrelets, des saillies formées par les séries de papilles et les couches épidermiques qui les recouvrent ; çà et là autour de ces deux placards, de petites masses hypertrophiques isolées ; les tégumeuts sont rouges et gonflés dans toute l'étendue du doigt.

Ce papillome fut traité par le raclage ; une seconde pièce n° 497) montre que la guérison fut parfaite ; le doigt a repris son volume habituel et la peau son aspect normal avec ses plis, ses sillons ; il ne reste aucune trace de l'opération.

Le papillome figuré au n° 880 représente des faits analogues : un premier placard forme une sorte d'anneau qui embrasse le bord de l'ongle et recouvre la pulpe et la face inférieure de la dernière phalange ; à la face dorsale, au niveau de l'articulation des deux dernières phalanges, un gros placard présente des replis circulaires avec des noyaux d'épiderme plus épais ; il déborde sur les faces latérales ; les lésions sont loin d'être nettement délimitées ; elles présentent ce même aspect végétant hérissé ; ces grains muriformes, granités, que nous avons déjà signalés.

Nous parlerons, en dernier lieu, des papillomes plus volumineux qui occupent les têtes des métacarpiens et des premières phalanges et souvent une partie du métacarpe.

Les placards peuvent être très nombreux, mais en revanche peu étendus; c''est alors qu'ils peuvent être confondus avec des verrues communes. Ce sont de petites masses arrondies ou de forme irrégulière, de volume très variable, comme on le voit sur la pièce n° 574; elles occupent surtout le métacarpe, les phalanges du pouce et de l'index; par endroits leur base est enflammée, elles sont plus confluentes, en d'autres elles sont plus végétantes; elles présentent des lésions de grattage qui ont mis le derme à nu ou bien des crevasses rouges et saignantes.

Le n° 377 représente une main atteinte dans presque toute son étendue ; le tégument est gonflé, ridé, recouvert de lamelles épidermiques blanchâtres; les placards se voient sur le pouce au niveau de la pulpe et des articulations des phalanges; sur l'index au niveau des têtes articulaires, sa première phalange est entourée par la lésion comme par un anneau; enfin les têtes des troisième et quatrième métacarpiens et la troisième phalange de l'annulaire sont également envahies ; les croûtes épidermiques forment par place de gros tubercules divisés par des crevasses, des sillons ; les lésions sont mal délimitées; il y a un semis de papilles plus ou moins hypertrophiées.

Au n° 844 le papillome recouvre les deux dernières phalanges de l'index et s'arrête à l'ongle, la troisième et un peu de la seconde phalange du médius; les plaques formées par d'épaisses croûtes fendillées à aspect granité, mûriforme, sont assez bien limitées.

Une grande partie de la région dorsale externe de la main droite est recouverte par la tumeur (n° 642) ; elle occupe la face dorsale du pouce depuis la phalange unguéale jusqu'à la tête du métacarpien ; elle se limite , en couvrant le métacarpe, à la tête de la première phalange du médius, empiète sur une partie de l'index et va rejoindre le pouce par l'espace interdigital. Toute cette vaste surface est encombrée de croûtes épaisses, fendillées ; le derme mis à nu par les crevasses laisse suinter un liquide séro-purulent ; une légère hémorrhagie a teinté en rouge sale la partie supérieure des croûtes épidermiques. La tumeur diffuse repose sur une base tuméfiée ; elle est entourée de petites papilles et de lamelles d'épiderme.

Une pièce voisine montre la même lésion modifiée par l'application des cataplasmes. La couche cornée a disparu et a laissé place à une surface rouge lie de vin, irrégulière, parsemée de petites élevures rondes, coniques, aplaties, espacées ou confluentes, de hauteur, de volume très variables. La lésion papillaire est la seule qui subsiste et c'est sur elle que doit agir le traitement.

Le moulage n° 553 montre un papillome qui occupe toutes les articulations métacarpo-phalangiennes en débordant en haut et en bas ; les croûtes offrent toujours le même aspect irrégulier.

Enfin sous le n° 1018, nous trouvons un énorme placard qui, à la façon d'une cuirasse, recouvre le pouce et près de la moitié du métacarpe depuis le poignet jusqu'à environ un centimètre des articulations métacarpo-phalangiennes en s'arrêtant le long du bord du quatrième métacarpien. Cette vaste surface est surmontée d'une croûte épidermique, dont

l'épaisseur est la même dans les différents points ; d'une couleur blanc grisâtre, elle est divisée en une foule de compartiments assez réguliers par des sillons étroits ; ces compartiments sont eux-mêmes granités, hérissés et l'ensemble offre l'aspect d'une mosaïque ; la base est peu enflammée.

On voit que les papillomes simples, tout en conservant leurs caractères principaux offrent une certaine variété dans leur disposition et leur aspect.

A la face, on rencontre surtout des tumeurs épithéliales ou des tumeurs vasculaires à cause du grand nombre de vaisseaux que contient le derme ; le papillome simple y est rare, nous ne pouvons en parler que brièvement. D'après les caractères du tégument de cette région, on est en droit de supposer que les papilles hypertrophiées sont très riches en anses vasculaires et saignent facilement, que la croûte épidermique est moins épaisse qu'aux mains et enlevée fréquemment par le patient, qui soumet ces tumeurs à des irritations continuelles qui doivent influencer leur marche.

C'est au visage, en effet, au niveau des ouvertures des narines et de la bouche, qu'on aurait surtout constaté la dégénérescence en cancroïdes de papillomes restés fort longtemps stationnaires. Or, si comme toutes les tumeurs, à un moment donné de son évolution, le papillome peut subir un travail de dégénérescence, il ne faut point oublier, dans l'étude de tels cas, qu'il est souvent fort difficile de distinguer au début, un simple papillome d'un cancroïde et que les affections de ce dernier genre ont parfois une marche extrêmement lente.

La pièce du musée de Saint-Louis, n° 377 bis, représente deux papillomes siégeant sur le côté gauche de la face d'un

homme ; l'un se voit un peu en arrière de la queue du sourcil dans la région temporale, l'autre à la joue un peu en avant du pavillon de l'oreille ; leur contour est presque arrondi ; leur masse irrégulièrement conique offre environ le volume d'une grosse noisette coupée par son milieu ; leur base présente peu de traces d'inflammation ; leur surface est recouverte d'une croûte gris noirâtre, légèrement fendillée, presque unie, n'offrant point ces aspérités qui hérissent certains papillomes de la main.

Le Dr Mollière cite le cas d'un jeune homme qui avait le pavillon de l'oreille couvert de végétations dures et cornées ; à la suite d'un traitement énergique elles disparurent.

Les papillomes du tronc et des membres inférieurs sont encore plus rares ; nous ne pouvons citer qu'un seul cas ayant trait à l'une de ces régions. Il s'agit d'un papillome occupant la région périanale, une partie du périnée, la région interfessière qu'il déborde à droite et à gauche, particulièrement à droite au-dessus du pli fessier ; on remarque, au niveau de la base du sacrum, quelques lignes bleuâtres, derniers vestiges d'un tatouage qui a été le point de départ de l'hypertrophie papillaire ; la surface de la tumeur est surélevée, enflammée, mal délimitée ; recouverte sur sa partie libre de croûtes grisâtres, disposées en rangées irrégulières, ondulées, elle montre nettement sur d'autres points de petits cônes, de petites boules blanchâtres formés par les papilles isolées. A la région, où les téguments sont en contact, les squames épidermiques n'existent plus, il n'y a qu'une surface rouge, excoriée, avec les élevures et les séries de petites aspérités produites par le corps papillaire : il y a là

une certaine analogie avec les papillomes muqueux. Cette tumeur fut traitée par le raclage?

Nous arrêterons ici cette description qui, nous l'espérons, aura suffisamment établi la physionomie particulière et les caractères très nets du papillome simple qui ne permettent pas qu'on puisse le confondre avec d'autres affections hypertrophiques papillaires du tégument externe.

Observation I. (Service de M. le professeur Fournier.) Cloux, âgé de 68 ans, homme de peine.

Ce malade, entré à l'hôpital pour une phthiriase chronique, présente indépendamment de ces lésions, au petit doigt de la main gauche, un papillome corné, datant de trois ans. Ce papillome se compose de plusieurs îlots, les principaux siègent au niveau de la tête des os phalangiens et sur le dos du doigt, cependant à la face antérieure de la dernière phalange, au niveau du pli articulaire, on observe une traînée papillomateuse et au niveau de la pulpe digitale un petit placard de même nature, ayant la dimension d'un gros pois. Les placards principaux sont criblés d'aspérités sèches et dures et il y a d'ailleurs fort peu d'inflammation autour de la lésion. La couche épidermique est parcourue en tous sens par des sillons qui en font une sorte de mosaïque à grains mûriformes. Le malade dit que depuis deux mois le papillome prend un développement rapide.

Ce malade refusa de subir l'opération du grattage qu'on lui proposait.

Observation II. (Service de M. le professeur Fournier.) P. G..., âgée de 22 ans, domestique.

Entrée à l'hôpital pour un eczéma de la face, cette malade porte en outre, sur la face dorsale du poignet gauche, un placard formé de six ou huit papillomes gros chacun comme une lentille, recouverts de croûtes, entourés d'une petite zone rouge à leur base ; ils se sont montrés il y a un an. Pas de ganglions sus-épitrochléens ni axillaires. Cette lésion présente une marche progressive mais très lente.

Observation (personnelle). M..., âgé de 43 ans, gardien de la paix, auparavant cordonnier.

Il y a environ un an et demi, s'est aperçu de l'apparition d'une petite excroissance au niveau de la pulpe du pouce gauche ; elle n'a pas tardé à prendre un volume plus considérable, sans causer de douleurs, d'ailleurs, si ce n'est par les temps humides et à la suite d'irritations où elle devenait alors sensible et gênante. Bien qu'il ait été traité par l'abrasion et l'application de pâte de Vienne, ce papillome n'en a pas moins suivi une marche envahissante.

Aujourd'hui, toute la pulpe du pouce, le bord externe de la dernière phalange, une partie du bord interne sont couverts de petites aspérités dures, sèches, disposées en lignes en séries, en traînées irrégulières, très rapprochées et presque confluentes en certains points, elles sont, dans d'autres, rares et clairsemées. La phalange présente une sorte d'épaississement de la peau, d'induration.

Sur le dos du pouce, au niveau de l'articulation phalangienne, on remarque des groupes d'aspérités du même genre, disposés assez exactement suivant les plis qui sillonnent la peau à cet endroit.

Une première cautérisation fut faite au galvanocautère,

puis une seconde, huit jours après; elles furent très douloureuses; l'eschare ne tarda pas à tomber et la plaie à marcher rapidement à la cicatrisation.

DIAGNOSTIC.

Le papillome en plaque possède, dans la majorité des cas, un aspect assez caractéristique pour qu'il soit difficile de le confondre avec d'autres lésions; mais il y a certains cas plus délicats où l'on peut hésiter et où cependant un diagnostic très exact est de la plus grande importance, tant au point de vue du pronostic que du traitement. C'est ce qui aura lieu surtout à propos de diverses lésions du tégument externe dans lesquelles on trouve soit comme élément constitutif, soit à une certaine période de leur évolution, comme élément accessoire, une hypertrophie du corps papillaire.

Lorsqu'un certain nombre de verrues communes sont arrivées, par leur confluence, à former une plaque d'une certaine étendue, elles peuvent offrir avec l'affection que nous étudions une grande analogie. Mais, si on les examine plus attentivement, on remarquera que la masse qu'elles constituent est limitée par un contour net, régulier, polycyclique, puisqu'il se forme par la partie restée libre du bord des verrues confluentes : le papillome au contraire est diffus, sans limites précises; sa surface est hérissée, granitée, squameuse, fendillée; celle de la verrue est aplatie, dure, souvent lisse. Puis, autour de la masse principale, on trouvera d'autres verrues isolées qui l'entourent comme des sentinelles avancées ; il en existera sur d'autres points du corps.

Une erreur serait d'ailleurs sans gravité : le même traitement peut s'appliquer aux deux lésions.

Le papillome sessile n'a ni les mêmes sièges, ni le même aspect que le papillome granité : c'est au dos, à la face, sur la poitrine qu'on le trouve surtout, aux mains il est très rare ; il est aplati, noirâtre, de petit volume, et n'a pas cette surface végétante, cornée, souvent croûteuse et suintante, cette induration inflammatoire de la base, qui appartiennent spécialement à notre papillome.

Le tubercule anatomique est aussi constitué par une hypertrophie papillaire, mais la cause virulente toute spéciale à laquelle il est dû rend son diagnostic singulièrement facile. On a rapporté quelques faits relatifs à des chancres infectants qui avaient été pris pour de tels tubercules; il nous semble qu'il suffit de signaler cette erreur dont les conséquences peuvent être si graves, pour qu'une telle confusion ne se produise point en présence de papillomes à aspect particulier ayant quelque ressemblance avec une lésion syphilitique.

Disons en passant que dans certaine forme d'acné la matière sébacée cornifiée s'élève au-dessous du niveau de la peau en conservant la forme du canal excréteur de la glande; elle constitue alors autant de pointes dures et piquantes qui, si elles sont assez rapprochées, offrent l'aspect granité de certains papillomes. Mais le siège des lésions n'est point le même : c'est à la face qu'on rencontre l'acné, au front, au menton, aux joues ; en outre, la chaleur seule de la main suffira à ramollir cette matière cornifiée qu'on enlèvera ensuite facilement.

L'épithéliome cutané qui se crevasse, s'excorie, se désa-

grège, s'ulcère, est trop caractéristique pour être méconnu ; mais à son début lorsqu'il commence par les couches les plus superficielles de la peau, il se montre sous l'aspect d'une simple hypertrophie des papilles et de leur gaine épidermique, qui n'a rien de typique, qu'il est souvent impossible de différencier d'un simple papillome ; notons toutefois qu'il présente à sa surface une desquamation légère, mais fréquente, laissant à sa suite une petite érosion. La marche, l'évolution de la tumeur est le vrai signe diagnostique : il y a au début mêmes lésions; mais, tandis que dans un cas l'hypertrophie papillaire conserve ses mêmes caractères, qu'au-dessous d'elle la peau reste saine, dans l'autre elle fait place plus ou moins rapidement à l'infiltration du derme par les éléments épithéliaux ; la peau devient cancéreuse et les accidents symptomatiques du cancroïde suivent leur cours.

Des végétations tantôt molles et saignantes, tantôt sèches et cornées, recouvrent ou entourent, en leur donnant un aspect papillomateux, certaines affections cutanées, telles que l'eczéma, le lichen; mais ces productions, dues à l'irritation produites sur les tissus par des lésions durant depuis longtemps, n'ont aucun rapport avec le papillome vrai.

D'autre part, si à cause de la surface croûteuse, cornée, de lésions siégeant aux mains, on pensait à une affection des papilles, il suffirait d'enlever les croûtes pour s'assurer du véritable état de la peau et se prononcer sur la nature exacte du mal.

Il est une variété de nævus, auquel on a donné le nom de papillomateux, qui présente l'aspect végétant, hérissé, gra-

nité du papillome simple ; mais il siège à la tête, au crâne surtout; son étiologie, son mode de développement sont assez différents pour qu'un examen approfondi permette d'éviter toute erreur.

Certains onyxis peuvent être dus à des papillomes sous-unguéaux, on devra connaître cette cause particulière de leur production.

Notons en passant qu'on a pu prendre pour des exostoses sous-unguéales de simples papillomes développés au-dessous de l'ongle.

Enfin, certaines lésions qu'on a appelées scrofulides verruqueuses offrent avec le papillome simple de grandes analogies ; l'état général et les autres accidents de la scrofule permettront d'établir le diagnostic ; ce sont ces affections qui ont pu amener une confusion entre le papillome et le lupus.

PRONOSTIC.

Le papillome vrai reste toujours, quelle que soit son étendue, une affection bénigne : il n'envahit point les tissus voisins et n'a pas de retentissement sur l'état général ; comme il n'y a point d'exemple certain qu'il ait jamais dégénéré en une tumeur de mauvaise nature, le pronostic ne présente quelque intérêt qu'à cause de l'incommodité souvent douloureuse que crée sa localisation. Il faudra donc tenir compte du volume, du nombre et surtout du siège des productions papillomateuses ; par leur accroissement et leur extension, elles arrivent à rendre pénibles et douloureux les mouvements des petites articulations des doigts et de la main, et à constituer des difformités d'aspect parfois repoussant. Certains malades peuvent être obligés de renoncer à un travail qui leur est devenu difficile ; d'autres sont forcés de quitter leur emploi à cause de l'aspect crevassé, croûteux, suintant, sale, que peut revêtir le papillome.

C'est donc pour des considérations professionnelles et fonctionnelles que les malades seront amenés à recourir aux soins du médecin, qui pourra toujours à l'aide d'un bon traitement les débarrasser de cette légère infirmité.

TRAITEMENT.

Une fois constitué, le papillome a une tendance manifeste à végéter, à s'étendre sans cesse, à envahir plus ou moins rapidement les parties voisines, il n'en a aucun à guérir spontanément. S'il est entretenu par une cause irritante spéciale, il est possible qu'en la faisant simplement disparaître on obtienne la régression et peut-être la guérison du papillome, mais cela est exceptionnel et il y aura toujours, sous le coup de nouvelles excitations, menace de récidive. Comme les productions de même nature, à caractère végétant, il est doué d'une sorte de vie particulière dont les manifestations tenaces ne cèdent qu'à l'application d'un traitement rationnel et énergique.

On a eu recours, contre cette affection cutanée, à de nombreuses médications : les pommades diverses, les lotions de tous genres, les émollients, les cataplasmes ont été employés, sans succès d'ailleurs ; il est inutile d'insister sur cette thérapeutique dont le seul résultat est de débarrasser les parties malades des croûtes plus ou moins épaisses qui les recouvrent.

Il faut, pour obtenir une guérison certaine, traiter le mal énergiquement, c'est-à-dire détruire complètement les parties envahies; s'y prendre à plusieurs fois si cela est nécessaire et poursuivre avec patience le traitement entrepris, souvent rendu fort long par les manifestations tenaces du papillome.

Avant de parler du raclage et de la cautérisation ignée, procédés qui assurent les résultats les meilleurs et les plus certains, nous dirons quelques mots d'un traitement purement médical, qui ayant fort bien réussi contre les verrues, nous paraît tout indiqué contre l'affection qui nous occupe, au moins à son début.

Dans son traité d'hygiène infantile, le Dr Fonssagrives préconise contre les verrues les préparations magnésiennes prises à l'intérieur à petites doses longtemps continuées. Rien n'est plus certain ni plus inexplicable que l'action de ce médicament, qui a fait ses preuves, sans que l'on sache de quelle façon il agit. Lambert de (Haguenau), en 1853, remarqua le premier ce fait sur une malade qu'il soignait par la magnésie, d'une gastralgie qu'elle conserva, mais qui fut débarrassée de très nombreuses verrues.

Depuis cette époque de nombreux cas de ce genre, observés et publiés par des médecins de tous pays, sont venus confirmer l'observation de Lambert; mais cette application de la magnésie semblait à peu près oubliée, quand des faits publiés récemment ont rappelé l'attention sur ce mode particulier de traitement des verrues.

Le Dr Lucas-Championnière cite un jeune enfant chez lequel des verrues qui avaient résisté aux cautérisations par les acides et à l'abrasion, cédèrent complètement à l'action de la magnésie. Le Dr Guenot, en même temps qu'il administrait la magnésie, cautérisa quelques-unes des verrues : au bout d'un mois celles qui n'avaient point été touchées avaient disparu, les autres quoique fort diminuées persistaient encore.

On doit donner chaque matin à jeun, de 50 à 60 centi-

grammes de magnésie : il y a pendant les premiers jours un léger effet laxatif qui cesse bientôt; au bout de huit à dix jours les verrues s'affaissent, se dessèchent, diminuent de volume ; peu à peu elles s'effacent ; il ne reste bientôt plus qu'un léger épaississement épidermique qui au bout d'un mois a complètement disparu, ne laissant qu'une tache blanchâtre qui finit par s'effacer elle-même.

Tous ces faits prouvent donc nettement l'action curative de la magnésie; il serait difficile de l'expliquer. Faut-il admettre avec le Dr Fonssagrives que la magnésie absorbée s'élimine en partie par la peau se mettant en contact du derme qu'elle modifie dans un sens opposé à sa tendance à l'hypertrophie ? Quoi qu'il en soit, il nous semble très juste d'employer la magnésie au début du traitement du papillome, et de n'avoir recours à des moyens plus énergique que lorsqu'on aura essayé ce moyen et reconnu son impuissance.

Si la tumeur papillaire est volumineuse, si elle siège aux doigts, au dos de la main, on pourra employer le raclage. Par des cataplasmes, des onctions au savon noir, des lavages émollients faits pendant les quelques jours précédant l'opération, le papillome est ramolli et débarrassé des croûtes qui recouvrent et encombrent sa surface. Les parties atteintes étant ainsi préparées, le malade se place de façon qu'elles se présentent commodément sous l'instrument de l'opérateur. Comme l'on agit sur des papilles irritées, la douleur produite par le raclage est souvent très vive, on pourra la diminuer considérablement en pratiquant la congélation et l'insensibilisation de la tumeur à l'aide de l'appareil de Richardson; le plus souvent il sera inutile d'y

recourir. Le raclage se pratique à l'aide d'une curette de Volkmann, dont la force et les dimensions sont appropriées au volume de la masse à enlever. Tandis qu'il serait pénible d'entamer un épiderme sain par suite de la résistance propre à cette couche du tégument, il n'en est plus ainsi dès que sa structure est altérée par un changement dû à une lésion pathologique quelconque. Malgré cela, il faut employer une certaine force et ne pas être arrêté par la crainte d'entamer le derme ; en effet, quand la masse pathologique a été enlevée, on est prévenu que l'on arrive au derme en sentant sous la curette la résistance propre à ce tissu, et la crépitation spéciale produite par sa texture. L'opération est terminée lorsqu'en explorant avec le doigt les parties sus pectes, on reconnaît que la surface raclée est bien lisse et ne présente plus de papilles hypertrophiées. Ce raclage ne peut naturellement s'effectuer qu'en déchirant les capillaires nombreux et dilatés que contiennent les papilles : l'hémorrhagie qui en résulte est légère et sans importance. On comprime la surface de la plaie avec une éponge ou de l'amadou jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement étanche; résultat que l'on obtient plus ou moins vite suivant l'étendue de la plaie ; après l'avoir lavée avec une solution alcoolique ou phéniquée, on procède au pansement pour lequel on emploiera un linge cératé ou mieux encore l'emplâtre de Vigo que l'on recouvrira de ouate; quelques tours de bande exerceront sur le tout une compression légère. Si la plaie était trop douloureuse on aurait recours aux cataplasmes de fécule, au cérat laudanisé. Le pansement peut être renouvelé chaque jour.

La surface raclée a d'abord un aspect assez médiocre ;

puis elle se colore, bourgeonne et marche lentement, mais sûrement à la guérison. Il est bon de toucher de temps à autre le sommet des papilles au nitrate d'argent : la cicatrisation se fait mieux et plus régulièrement. L'épiderme se reproduit peu à peu, et si la masse enlevée n'était point trop considérable, au bout de deux à trois semaines la cicatrisation est complète : puis les traces de l'opération s'effacent peu à peu, la peau reprend sa coloration et son aspect normal.

La cautérisation détruit également bien le papillome, et la guérison est assurée par la substitution d'une surface nouvelle cicatricielle au lieu et place des papilles hypertrophiées. Pour cela la cautérisation doit être profonde, complète et ne laisser subsister aucun des éléments constitutifs de la tumeur. Aussi l'emploi des acides et des pâtes caustiques ne donne-t-il que des résultats insuffisants n'ayant rien d'assuré ni de durable. La tumeur cautérisée peut bien disparaître momentanément; mais elle se reproduit après un laps de temps quelquefois fort court. Sous l'action des acides les cellules épidermiques se gonflent, se désagrègent et tombent, mais le corps papillaire n'est jamais suffisamment détruit. Tout au plus pourrait-on essayer pour un petit papillome de l'acide lactique, dont les propriétés caustiques sont très puissantes, mais il agit non seulement sur les tissus morbides, mais encore sur les tissus sains, et son action est très douloureuse.

C'est donc soit avec le thermocautère, soit avec l'électrocautère que l'on devra pratiquer la cautérisation du papillome. Si on emploie l'électro-cautérisation, on adaptera au manche isolant de l'appareil un petit cautère formé d'un

fil de platine replié plusieurs fois de façon à représenter un certain nombre de pointes rangées comme les dents d'un peigne ou les barres d'une grille, pointes qui forment autant de cautères. On peut régler l'intensité du courant de manière à obtenir l'hémostase en même temps qu'une cautérisation assez puissante.

La partie malade a été préparée, comme nous l'avons déjà dit, par des lotions, des onctions au savon noir ou des cataplasmes; on l'attaque alors avec un cautère dont les pointes sont plus ou moins nombreuses suivant la forme et l'étendue qu'elle présente.

L'instrument doit être promené sur toute la tumeur, à une profondeur plus ou moins grande suivant le volume des papilles hypertrophiées, de façon qu'elle soit recouverte d'une série de hachures parallèles ou entre-croisées qui constituent une véritable scarification caustique. Avec ces cautères à quatre, cinq, six pointes la tumeur est rapidement transformée en une masse d'aspect gris noirâtre, constituée par les eschares que l'on vient de produire. Il n'y a plus qu'à appliquer un pansement. Les douleurs causées par la cautérisation sont très vives, mais cessent rapidement : on recouvre simplement la partie cautérisée de ouate hydrophile mouillée ; dans la suite on emploie la ouate sèche ; ce simple pansement fait tomber rapidement les eschares et met à nu une surface cicatricielle qui bourgeonne rapidement. A ce moment on pourra appliquer un pansement cératé qui donne de très bons résultats. Afin de détruire complètement toute la masse papillaire et pour obtenir une guérison certaine, sans récidives, il faudra procéder à plusieurs séances de cautérisation ; on les espacera de

façon à laisser à chacune de ces cautérisations le temps de produire tout l'effet et tous les résultats qu'elles peuvent donner. La cicatrisation s'effectue régulièrement comme dans les plaies simples; au bout de quelques mois la nouvelle couche cutanée a pris l'aspect de celle qui couvre les tissus sains, sans qu'il reste trace de l'opération.

Au lieu d'employer ce mode de cautérisation qui exige un outillage spécial, on peut avoir recours au thermocautère.

On se servira de cautères à forme effilée en forme d'aiguille, ne produisant pas de rayonnement et dont on peut se servir comme d'un crayon; ils permettent d'exécuter l'opération avec légèreté et sûreté, les parties malades sont bien détruites et sans que les tissus voisins courent risque d'être endommagés. Mais, vu l'étendue de certains papillomes, il faut souvent un temps considérable pour arriver à pratiquer dans toute l'étendue de la tumeur, et d'une façon suffisante, cette cautérisation interstitielle. On pansera la plaie comme nous l'avons indiqué plus haut ; la guérison se fait de même sans accidents et avec succès certain.

En résumé, si nous laissons de côté les diverses préparations caustiques qui ont pour but de produire une eschare entraînant le papillome dans sa chute, mais dont l'application est difficile à limiter et le succès fort peu assuré, il nous restera comme moyens thérapeutiques d'une sérieuse valeur : la magnésie dont l'administration facile doit toujours être tentée, puis le raclage et la cautérisation, dont les résultats sont également bons et qui ne diffèrent qu'au point de vue du procédé opératoire. Leur emploi variera suivant diverses circonstances ; mais il nous semble que le thermo-

cautère, appareil simple et facile à manier, offre de grands avantages.

Quel que soit le traitement local employé, il ne faut point négliger le traitement général : les individus atteints de vastes papillomes sont souvent faibles, débilités, d'un tempérament lymphatique. Il est tout indiqué de les soumettre à un régime tonique dont les préparations de fer, de quinquina, l'huile de foie de morue formeront la base.

En dernier lieu, si le développement du papillome était lié à une cause irritante spéciale bien déterminée, le traitement ne serait complet qu'autant qu'on se serait efforcé de la faire disparaître.

CONCLUSIONS.

1° Sur le tégument externe peuvent se développer, le plus souvent à la suite d'irritations prolongées, des hypertrophies papillaires : papillomes simples.

2° Ils ont des sièges de prédilection : le dos de la main, les doigts, surtout au voisinage des articulations.

3° Ces hypertrophies papillaires n'ont par elles-mêmes aucune gravité, mais elles provoquent par leur accroissement continuel et leur localisation, de la douleur, de la gêne des mouvements.

4° Le malade pouvant être forcé de suspendre ses occupations, l'intervention thérapeutique est indispensable.

Le seul traitement rationnel est la destruction du papillome que l'on peut obtenir soit par le raclage, soit par la cautérisation.

Vu, le président de la thèse,
FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.